

127
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Janvier 1906, à 1 heure

PAR

Maurice CHARDIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille d'honneur des Épidémies

Rechutes de la Rougeole

Président : M. HUTINEL, professeur

Juges { *MM. CHANTEMESSE, professeur*
GILBERT, professeur
MÉRY, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie.....	P. POISSIER
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	RECLUS.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGREY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat)
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR CHARDIN

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Assistés
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage 1899-1900.

NECKER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RENDU
(*in memoriam*).

1900-1901.

PITIÉ

M. LE PROFESSEUR TERRIER

Externat 1902-1903.

ENFANTS-MALADES

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRUN
(*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE,
suppléant.

M. LE DOCTEUR ROBINEAU, suppléant.

1903-1904.

LARIBOISIÈRE

M. LE DOCTEUR MICHAUX

ENFANTS-MALADES

M. LE PROFESSEUR GRANCHER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉRY
assistant.

1904-1905.

NECKER

M. LE DOCTEUR CUFFER

Rechutes de la Rougeole

INTRODUCTION

Notre intention est, à l'aide d'observations que nous avons pu recueillir, de remettre en évidence une complication assez rare et en somme peu connue dans l'évolution de la rougeole, nous voulons parler des rechutes de cette affection.

Nous examinerons ces rechutes au point de vue de leur étiologie, de leur durée, de leur caractère et de leur pronostic.

Mais avant d'entrer dans les détails de cette étude, nous retracerons brièvement les signes cliniques de la rougeole et ferons les diagnostics différentiels entre cette affection et les éruptions morbilliformes.

Il importe, en effet, de ne pas prendre pour une

rechute un exanthème simulant l'éruption morbillieuse et n'ayant avec la rougeole d'autre rapport que de venir après elle.

C'est ce qui rend délicat le diagnostic des rechutes de rougeole et explique le nombre relativement restreint des observations que nous rapportons. Celles-ci à défaut du nombre ont du moins l'avantage d'être d'une authenticité indiscutable, étant donnée la compétence toute spéciale des maîtres qui en ont porté le diagnostic et à l'obligeance desquels nous devons la publication de ces observations.

Avant de poursuivre cette étude, nous avons le devoir de remercier ceux qui ont été nos maîtres dans les hôpitaux et à qui nous devons notre instruction médicale.

Nous avons été successivement l'externe de M. le Dr Brun à l'hôpital des Enfants-Malades, de M. le Dr Michaux à Lariboisière, de M. le professeur Grancher aux Enfants-Malades, de M. le Dr Cuffer à l'hôpital Necker.

Que ces maîtres veuillent bien agréer l'assurance d'une reconnaissance et d'une affection que je dois à l'extrême bienveillance qu'ils m'ont témoignée, ainsi que l'hommage de mon admiration pour leurs hautes connaissances médicales et leur enseignement.

Notre reconnaissance inscrit encore sur cette page les noms de M. le professeur agrégé Rendu, médecin

de l'hôpital Necker, de M. le professeur Terrier, chirurgien à la Pitié.

Nous adressons tout particulièrement nos remerciements à M. le Dr Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, à l'obligeance duquel nous devons la publication de plusieurs observations inédites.

Nous tenons enfin à remercier M. le professeur Hutinel pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, nous lui serons toujours reconnaissant de sa grande bienveillance et des savants conseils qu'il nous prodigua pour nous aider dans notre travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE I

Symptomatologie et diagnostic de la rougeole.

L'évolution de la rougeole peut se diviser en quatre périodes : l'incubation, l'invasion, l'éruption, la desquamation.

L'incubation est une période habituellement silencieuse pendant laquelle l'économie couve la semence morbide ; néanmoins, dans quelques cas, on observe pendant cette période des élévations de température, des malaises, de la toux, du coryza. C'est là une ébauche des symptômes qui vont éclater à la période suivante ; mais, nous le répétons, ils peuvent manquer totalement. L'incubation a une durée de huit à onze jours.

L'invasion de la rougeole n'est pas aussi brusque que celle de la variole et de la scarlatine. La fièvre est tantôt légère, tantôt élevée au point d'atteindre

39 et 40 degrés avec frissons, céphalalgie, éternuements.

Dès le début de la maladie, les muqueuses des yeux, du nez, des trompes d'Eustache, du larynx, des bronches sont atteintes de catarrhe ; les yeux sont rouges, larmoyants ; le nez présente un coryza abondant, la toux est fréquente, la voix enrouée, l'otite est plus tardive et peut déterminer de vives douleurs. Dans quelques cas, le catarrhe affecte sur tel ou tel organe une prédominance qui peut être la cause d'une erreur de diagnostic : quelques enfants paraissent n'avoir qu'une laryngite simple ou striduleuse, d'autres sont soignés pour une bronchite, ceux-ci ont du catarrhe intestinal, ceux-là souffrent d'une otite et, quelques jours plus tard, l'éruption de rougeole apparaît. A cette période, la muqueuse du voile du palais, les piliers antérieurs, le pharynx présentent un pointillé rouge habituellement sans gonflement et sans dépôt pultacé.

La durée de cette période d'invasion est fort longue puisqu'elle dure de quatre à sept jours, tandis qu'elle est très courte dans la scarlatine où elle peut ne durer que quelques heures.

Dans quelques cas, les différents symptômes que nous venons de décrire sont nuls ou insignifiants et l'éruption survient presque comme le symptôme initial de la maladie.

Au moment de l'éruption les symptômes d'inva-

sion reprennent avec une nouvelle intensité, la fièvre atteint son maximum, la toux est fréquente, quinteuse. L'éruption apparaît du quatrième, au septième jour de la maladie, elle commence par la face, autour des lèvres, au front, elle envahit ensuite le cou, le tronc, les membres.

Dans sa forme habituelle, quand on examine l'exanthème sur la poitrine ou sur le ventre plus encore qu'à la face, on voit qu'il est formé de petites saillies rouges et veloutées qui n'ont pas la rudesse des saillies qui caractérisent l'éruption scarlatineuse ; les taches morbillieuses ont la dimension d'un grain de riz, elles sont inégales, s'effacent momentanément par la pression et se groupent par plaques irrégulièrement découpées en croissants séparés par des intervalles de peau saine. Parfois cependant l'éruption est confluyente et la rougeur de la peau devient presque diffuse et uniforme. Exceptionnellement l'érythème de la rougeole peut offrir la plus grande analogie avec l'exanthème scarlatineux.

L'éruption se généralise en vingt-quatre ou quarante-huit heures, elle décroît en suivant son ordre d'apparition, en commençant par la face, de sorte que le visage pâlit, alors que l'éruption est dans toute sa vivacité sur les membres.

Quand l'exsudat inflammatoire qui forme la tache morbillieuse s'associe à la formation de boules colloïdes dans les cellules de Malpighi, la saillie formée par

la papule donne à l'éruption un aspect qui a valu à cette forme le nom de rougeole boutonneuse.

Pendant cette période, les catarrhes arrivent à maturité (coction) ; la toux est moins sèche, les crachats chez l'adulte (l'enfant n'expectore pas) deviennent épais, verdâtres et nummulaires comme des crachats de phtisique et l'on entend à l'auscultation des râles de bronchite.

La diarrhée est un symptôme qui, chez les enfants, apparaît fréquemment au moment de l'éruption ; ce catarrhe intestinal dure vingt-quatre heures et est parfois accompagné d'une véritable colite avec diarrhée sanglante et glaireuse.

Vers le huitième jour de la maladie, la fièvre tombe, l'éruption disparaît en commençant par le visage.

La desquamation se fait du quatrième au septième jour de l'éruption : elle est si insignifiante qu'il n'y a pas, à vrai dire, de période de desquamation ; cependant, elle prend habituellement sur la peau du visage et du front un aspect furfuracé.

Tels sont les caractères de la rougeole classique, mais cette affection peut présenter quelques autres formes plus rares :

Il y a une rougeole à forme nerveuse, plus fréquente dans le jeune âge, caractérisée dès la période d'invasion par des convulsions avec délire, vomissements, forte élévation de température, l'éruption

est tardive, incomplète ou méconnaissable, la fièvre persiste, la peau est livide, sèche, le pouls est petit, très accéléré, les urines sont rares et la mort survient dans le coma.

Dans quelques cas, exceptionnels à la vérité, les accidents anormaux surviennent dans le cours d'une rougeole classique dont l'éruption est parfaitement normale.

On a décrit aussi des rougeoles malignes à forme dyspnéique, à forme délirante, les symptômes graves surviennent dans le cours ou au déclin de l'éruption.

La rougeole hémorragique est caractérisée par des hémorragies de la peau, rougeurs ecchymotiques et taches de purpura qui ne disparaissent pas à la pression et peuvent persister huit ou dix jours après l'éruption. Cette forme de la rougeole est évidemment plus grave que la rougeole normale mais tant que l'hémorragie reste limitée à la peau, elle n'implique pas un pronostic funeste. Il n'en est pas de même lorsque les hémorragies se généralisent : l'épistaxis, l'hématurie, la métrorrhagie, les hémorragies buccale et intestinale apparaissent et le malade succombe au milieu des troubles adynamiques et typhiques.

Le diagnostic de la rougeole est souvent difficile à la période d'invasion ; si tous les symptômes sont au complet il n'y a pas d'hésitation possible ; mais si

l'un de ces symptômes prend une importance exagérée, on croit avoir affaire à une laryngite, à un faux croup, à une bronchite, à une entérite, à une grippe, alors que l'éruption vient quelques jours plus tard redresser l'erreur.

Les éruptions morbilliformes simulent l'éruption de la rougeole, témoin l'éruption morbilliforme de la variole, de la diphtérie, de la suette, de la rubéole, des roséoles ; mais la rougeole a pour elle les symptômes de la période d'invasion avec ses catarrhes, car, comme le dit Dieulafoy : « En fait de fièvre « éruptive, ce sont les symptômes de la période d'in-
« vasion, bien plus que l'éruption, qui donnent à la
« maladie ses caractères spécifiques. »

Néanmoins il peut se présenter des cas difficiles, nous allons les passer en revue.

La roséole syphilitique classique apparaît six semaines à trois mois après la contagion, c'est la plus précoce et la plus commune des manifestations cutanées de la syphilis ; elle est habituellement apyrétique et assez discrète, les démangeaisons manquent complètement et quand l'éruption se fait en plusieurs poussées, leurs teintes diverses donnent à la peau un aspect truité. La roséole syphilitique se présente sous deux formes principales, souvent associées : l'une est maculeuse, caractérisée par des taches rosées sans élévation et disparaissant à la pression ; l'autre est papuleuse, formée par des taches saillan-

tes. Les taches sont rares aux membres et à la face, inconnues aux pieds et aux mains ; elles ne desquament pas. Ces caractères semblent suffisants pour établir un diagnostic, mais parfois la roséole syphilitique revêt des allures un peu différentes ; elle est confluyente, morbilliforme, accompagnée de fièvre, d'érythème et de catarrhe pharyngo-laryngé avec raucité de la voix et le diagnostic avec la rougeole mérite alors une sérieuse attention.

Le copahu, le cabèche, l'antipyrine, l'iode déterminent parfois des éruptions morbilliformes qui ont pour caractère de débiter rarement par la face et d'être habituellement accompagnées de démangeaisons : en cas de difficulté réelle, l'enquête étiologique suffirait pour éclairer le diagnostic. L'empoisonnement subaigu par l'arsenic mérite d'arrêter notre attention, parce qu'il a bien des points communs avec la rougeole. Cet empoisonnement peut provoquer non seulement une éruption morbilliforme mais encore du catarrhe des yeux, du nez, du larynx et des bronches, qui simule les catarrhes de la rougeole. Aussi en cas de doute faut-il étudier avec soin les symptômes nerveux de l'empoisonnement arsénical (parésie, anesthésie, hyperesthésie), et rechercher l'arsenic dans les urines et dans les cheveux du malade.

La rubéole est une maladie du jeune âge qui paraît débiter souvent par l'éruption. Cependant l'éruption

est souvent précédée d'injection de la conjonctive, d'enrouement tout comme la rougeole. L'éruption envahit successivement le visage, le tronc et les membres; elle est polymorphe, morbilliforme, scarlatiniforme, maculeuse et papuleuse, discrète ou confluyente, rare aux mains, aux pieds, au front, forte aux joues, autour de la bouche. L'éruption disparaît après une durée de un à cinq jours; elle laisse parfois une légère desquamation furfuracée. Les rechutes ne sont pas rares.

Ce qui rend en outre particulièrement délicat le diagnostic de rougeole, c'est qu'outre ces formes anormales, cette affection peut être accompagnée de complications prédominant sur tel ou tel organe avec une telle intensité que la rougeole elle-même est en quelque sorte voilée et que ses symptômes paraissent n'être qu'accessoires.

Dès la période d'invasion on peut voir surgir des convulsions, des épistaxis, du faux croup.

La rougeole a une prédilection pour le larynx. La toux laryngée, les troubles de la voix sont pour ainsi dire constants. L'examen laryngoscopique montre un érythème discret ou confluent avec exsudation, saillies papuleuses, érosion des cordes vocales. Cette laryngite catarrhale peut revêtir chez les enfants au-dessous de cinq ans les allures de la laryngite striduleuse ou faux croup, mais en général elle n'est qu'un phénomène assez fugace et sans gravité.

N'oublions pas cependant qu'elle peut aboutir à une laryngite ulcéreuse. Les ulcérations peuvent être superficielles, érosives, parfois profondes au point de dénuder le cartilage cricoïde et surtout l'aryténoïde. Les ulcérations siègent au bord libre des cordes vocales, à leur extrémité postérieure, principalement au voisinage des aryténoïdes.

Les laryngites morbilleuses sont parfois membranueuses. La fausse membrane est non diphtérique ou diphtérique. Quand elle est non diphtérique elle est due au streptocoque ou au staphylocoque, mais habituellement elle est diphtérique. Le bacille de Löffler, venant compliquer une rougeole, se généralise très facilement au pharynx, aux bronches, aux fosses nasales, à la bouche, à la peau ; mais son siège favori, c'est le larynx. Cette complication est spéciale à l'enfance, elle survient soit avec l'éruption, soit avant elle, soit après elle. Le croup morbilleux présente moins de dyspnée que le croup primitif, mais il revêt volontiers les caractères toxiques de la diphtérie maligne.

Les accidents les plus redoutables de la rougeole sont, surtout chez l'enfant, la bronchite capillaire et la pneumonie lobulaire.

Cette complication peut surgir à toutes les périodes de l'évolution de la rougeole, mais en général elle apparaît vers le sixième ou septième jour de la maladie.

Elle est annoncée par une recrudescence de la fièvre et par une dyspnée croissante, aussi si vers le huitième jour de la rougeole la fièvre qui devrait céder persiste ou devient plus violente, si les râles de bronchite deviennent plus fins et plus nombreux, on doit redouter l'invasion de la bronchite capillaire et de la pneumonie lobulaire si meurtrières chez les enfants. La fréquence des complications broncho-pulmonaires est variable suivant les épidémies, on les observe surtout dans les hôpitaux d'enfants.

La rougeole peut aussi se compliquer de pleurésie surtout chez l'adulte, elle revêt parfois la forme purulente et la forme putride.

La tuberculose s'associe à la rougeole suivant différentes modalités. Chez les jeunes enfants la broncho-pneumonie morbilleuse est souvent tuberculeuse. Il est rare qu'à l'autopsie elle présente les formes nodulaires et grossières de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, mais par raclage, par examen des coupes après durcissement on constate fréquemment le bacille tuberculeux. L'hypertrophie de la rate, l'hypertrophie des plaques de Peyer, l'état graisseux du cœur sont autant de lésions qui accompagnent cette double infection morbillo-tuberculeuse (1).

La tuberculose aiguë, la granulie peuvent éclater

1. Landouzy. Congrès de la tuberculose, 1889, p. 195.

dans le cours ou dans la convalescence de la rougeole, la méningite tuberculeuse post-rubéolique n'est pas rare chez les enfants.

Enfin, certains sujets n'éprouvent que tardivement les premiers symptômes d'une tuberculose qui a débuté à l'occasion d'une rougeole.

L'adénopathie bronchique, parfois tuberculeuse, est presque constante chez les enfants atteints de rougeole, elle passe tantôt inaperçue, tantôt elle revêt un caractère nettement accentué et elle peut durer plusieurs mois avec ses symptômes habituels : accès de dyspnée, toux coqueluchoïde.

Au catarrhe morbillieux de la gorge et du larynx peut succéder la stomatite. Celle-ci peut être aphteuse et siéger sur la langue, les lèvres, la face interne des joues : elle peut être ulcéro-membraneuse, surtout au déclin de la rougeole ou pendant la convalescence (1).

La stomatite diphtérique ou diphtérie buccale, qui occupe les gencives, la langue, les joues, les lèvres peut être le point de départ de diphtérie pharyngo-laryngée.

Le muguet s'observe fréquemment vers la fin des rougeoles graves.

La gangrène de la bouche ou noma est devenue rare depuis que les moyens antiseptiques et prophy-

1. Caubet. *Stomatites morbillieuses*. Th. de Paris, 1889.

lactiques sont employés avec rigueur. Le noma est souvent un accident tardif, il apparaît du vingtième au trentième jour. La gravité est d'autant plus grande qu'il coïncide souvent avec des gangrènes du p^{ou}-mon, de la vulve, du pharynx.

Le catarrhe morbillieux intestinal se traduit par une diarrhée qui peut revêtir une telle intensité qu'elle prend les allures du choléra infantile.

L'entéro-colite morbillieuse peut être dysentérique le malade éprouve du ténésme, des épreintes et rend des matières sanguinolentes.

Les yeux ne sont pas à l'abri des complications de la rougeole. La conjonctivite morbillieuse est fréquente à la période d'invasion, elle est bénigne mais pendant la convalescence plus qu'à un autre stade de la maladie, il peut survenir une conjonctivite phlycténulaire et une kérato-conjonctivite phlycténulaire caractérisées par l'apparition de phlyctènes isolées ou confluentes. Il est à noter que cet accident peut être la seule manifestation d'une rougeole fruste (1).

Ces complications oculaires sont, chez quelques enfants, l'origine de lésions plus graves ou plus persistantes : blépharite chronique, rebelle et tenace avec perte des cils ; taches opalines, leucomes de la cornée, inflammation du sac lacrymal, dacryocystite ;

1. Galezovski. *Revue des maladies de l'enfance*, 1888, p. 70.

ulcère et abcès de la cornée, épanchement de pus dans la chambre antérieure, hypopyon ; perforation de la cornée, staphylome, perte de la vue ; troubles de la réfraction, strabisme, asthénopie.

Aussi graves peuvent être les complications auriculaires. L'otite morbillieuse a pour siège de prédilection l'oreille moyenne, elle est presque toujours double et très fréquente. C'est à elle que sont dus la plupart des décès causés par la rougeole. Cette fréquence s'explique, car la trompe d'Eustache met l'oreille moyenne en communication avec l'arrière-cavité des fosses nasales qui sont toujours envahies par le catarrhe morbillieux.

L'otite légère est caractérisée par un catarrhe mucopurulent de la caisse avec exsudat et vascularisation de la muqueuse. A un degré plus avancé le catarrhe est franchement purulent, il occupe la caisse, la trompe d'Eustache et peut envahir les cellules mastoïdiennes. La chaîne des osselets peut être compromise. Dans ses formes légères, l'otite morbillieuse passe presque inaperçue ; peu ou pas de douleurs, pas de troubles auditifs, le liquide mucopurulent peut s'écouler à l'insu du malade par la trompe d'Eustache. Dans ses formes intenses, l'otite morbillieuse s'accompagne de douleurs vives, de troubles auditifs et de tuméfactions douloureuses de la région mastoïdienne, la membrane du tympan a perdu sa teinte gris perle, elle est rosée et se bombe

particulièrement dans son segment sous-ombilical. Cette otite aboutit souvent à la perforation du tympan, ce qui procure aussitôt au malade un très grand soulagement.

Quand elle est bien traitée, l'otite morbilleuse guérit presque toujours sans laisser de traces ; mais parfois elle est suivie d'otorrhée chronique, de nécrose des osselets, de végétations, d'adhérences de la caisse.

Dans d'autres cas, les accidents se précipitent et l'otite morbilleuse provoque la suppuration des cellules mastoïdiennes, la méningite, l'infection purulente généralisée avec abcès.

La surdité complète est un des plus tristes reliquats de la rougeole. Chez les enfants au-dessous de trois ans, cette surdité a pour conséquence désastreuse de provoquer la mutité. On estime que sur cent sourds-muets, vingt-cinq doivent leur infirmité à l'otite des fièvres éruptives, scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde et dans ces derniers cas la rougeole a la plus large part (1).

Les gangrènes, notamment celles du poumon, de la vulve, de la bouche sont devenues beaucoup plus rares depuis que les règles de l'antisepsie sont rigoureusement observées.

1. Hermet. *Otite de la rougeole*. Concours méd., 24 décembre 1887.

La diphtérie sous toutes ses formes, diphtérie pharyngée, diphtérie laryngée, diphtérie cutanée, est, elle aussi, beaucoup moins fréquente grâce à la sérothérapie antidiphtérique.

La coqueluche est souvent associée à la rougeole. La scarlatine et la rougeole peuvent évoluer en même temps sur le même malade. Tantôt les deux fièvres se succèdent immédiatement, l'une commence alors que l'autre finit ; tantôt l'une commence quand l'autre n'est pas encore terminée, tantôt elles sont simultanées, les deux affections paraissent évoluer presque simultanément.

On comprend combien doit être difficile le diagnostic d'une poussée ou d'une deuxième atteinte de rougeole évoluant dans ces conditions.

Une rougeole ayant évolué sans complications pourrait être suivie d'une rechute accompagnée de complications, de même qu'une rougeole, s'annonçant comme devant avoir le pronostic le plus funeste de par les complications qui l'accompagnent, peut être suivie d'une rechute évoluant normalement et se terminant d'une façon absolument bénigne.

CHAPITRE II

Historique.

La question des rechutes de la rougeole n'est pas encore complètement élucidée.

Mais d'abord qu'entend-on par rechute ? Il importe en effet de distinguer la rechute de la récurrence. La récurrence est une reprise de la maladie qui se produit lorsque la maladie a fini d'évoluer, que la convalescence est terminée, qu'enfin le malade a repris l'état de santé qu'il possédait avant la première atteinte. Pour qu'il y ait rechute nous dirons avec M. le professeur Hutinel « qu'il faut que la convalescence ait commencé, c'est-à-dire que la température ait oscillé matin et soir, pendant au moins deux jours aux environs de 37 degrés ». Les rechutes, comme leur nom l'indique, se produisent sans qu'il y ait une nouvelle infection exogène et résul-

tent de l'exagération du virus rougeoleux un moment atténué.

La question des rechutes n'est d'ailleurs pas nouvelle. Valleix admet la rechute de la rougeole, il a signalé un malade ayant eu quatre rechutes. Van Dieren l'a vue deux fois en deux mois sur une fillette de trois ans. Depuis lors l'attention a été attirée sur ce sujet et les observations se sont multipliées.

La question des rechutes de la rougeole fut traitée devant la Société médicale des hôpitaux au mois de décembre 1895.

M. Lemoine a constaté une rechute de rougeole chez cinq militaires soignés au Val-de-Grâce. Il a noté un intervalle moyen de quinze jours entre les deux poussées éruptives. M. Chauffard, dans une famille comptant sept enfants et une bonne qui les soignait, a vu la rougeole atteindre ces huit personnes dont six présentèrent une rechute manifeste. Tous ces cas furent observés au printemps de 1895. Dans les cas de M. Chauffard comme dans ceux de M. Lemoine (onze cas en tout), la rougeole fut bénigne : six fois la rechute fut de même intensité que la première atteinte, deux fois elle fut plus intense, deux fois elle fut moins intense.

Dans ces observations, il était permis d'incriminer l'encombrement ayant favorisé la réinfection rubéolique exogène. Mais cette hypothèse est discutable et nous croyons, avec M. Bucquoy, qu'il s'agit

non d'une infection nouvelle, mais d'une reviviscence de l'infection ancienne, d'une rechute au sens propre du mot. Ce n'est pas une maladie nouvelle qui évolue, c'est une reviviscence de la maladie non encore éteinte qui se manifeste. Sous quelle influence, nous l'ignorons. Mais nous ne savons pas davantage la raison d'être des rechutes de la fièvre typhoïde qui sont si fréquentes et qui échappent à toute prévision.

M. Sevestre (séance du 10 janvier 1896) a vu une fille, prise de rougeole le 18 avril, présenter une seconde éruption le 16 mai. Sur quatre enfants d'une autre famille, trois ont présenté une seconde éruption.

Le Dr Le Cleac (séance du 24 janvier 1896) a vu une rechute de rougeole à quinze jours de distance, chez une fille de trois ans.

Le Dr Vergely (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, août 1898) signale une rechute chez une fille de dix ans, survenue onze jours après la première atteinte.

Le Dr L. Morquio (*Rev. med. del Uruguay*, avril 1900) en rapporte deux cas chez des fillettes de trois à cinq ans.

CHAPITRE III

Observations

L'étude historique à laquelle nous venons de nous livrer montre que la rechute de la rougeole est connue depuis déjà quelque temps ; mais ce qui faisait défaut, c'étaient les observations relatant de bout en bout les phases de la maladie, prises sous la direction de maîtres dont la compétence indiscutable ne permet pas le moindre doute quant à l'authenticité de la rechute. Nous avons pu en réunir quelques-unes grâce à l'obligeance de M. le professeur Hutinel et de M. le docteur Comby, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades. Que ces maîtres veillent bien agréer l'assurance de ma profonde reconnaissance.

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur Hutinel, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés, communiquée par M. Paiseau, Interne du service).

E... André, 20 ans, vient de la division dans le service de M. le professeur Hutinel. Il présente une rougeole normale, classique, avec larmolement, coryza, éruption de rougeole boutonneuse prédominant à la face et bien sortie, évolution sans complication.

Le 13 octobre 1904, cinquième jour de son départ du service des contagieux, le malade ressent un malaise général avec courbature légère, anorexie, un peu de céphalée ; dans l'après-midi il apparaît un peu de larmolement et de coryza avec sécheresse de la gorge, les conjonctives sont un peu rouges, mais ces signes sont fugaces et ont à peu près disparu le lendemain matin.

Dans la soirée, apparition d'une éruption morbilliforme qui se serait montrée sur la face et aurait gagné le tronc très rapidement. La température est à 39 degrés dans la soirée.

20 octobre. — Le lendemain matin, l'éruption s'est généralisée, elle prédomine sur la face et sur le tronc en avant et en arrière et présente tous les caractères d'une éruption morbilleuse, elle est très confluyente.

Au niveau des membres supérieurs, quelques éléments éruptifs discrets sur la face interne, plus nombreux sur la

face externe avec maximum très net symétrique au-dessus de l'articulation du coude.

Sur les membres inférieurs, l'éruption descend jusqu'au niveau des genoux, quelques rares éléments au-dessous sur la face antéro-interne de la partie supérieure des cuisses, deux placards éruptifs, symétriques, confluents, d'un rouge assez intense, presque uniforme, décrivant un triangle limité en haut par le pli de l'aîne, en bas par le bord interne des adducteurs et descendant jusqu'à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse. Rien au niveau des extrémités des membres supérieurs et inférieurs.

Le larmolement et le coryza ont beaucoup diminué, le malade se plaint de sa gorge où l'on voit une légère angine érythémateuse. Quelques rares sibilances dans la poitrine.

La température baisse progressivement, 38°₂ le matin, 38°₄ le soir.

21 octobre. — L'éruption a beaucoup pâli, et l'angine est à peu près disparue. Température 37°₆ le matin, 37°₂ le soir.

22 octobre. — L'éruption est à peine visible, température normale, un peu de constipation avec quelques douleurs abdominales cédant à une irrigation.

Convalescence normale, rien dans les urines.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le Dr Comby).

*Fille de 27 mois. — Première atteinte de rougeole le 20 mars.
— Deuxième éruption le 21 avril. — Guérison.*

L... Henriette, âgée de 27 mois, est prise de rougeole le 20 mars 1903, après sa sœur. Elle entre pour cette maladie au pavillon de la rougeole, à l'hôpital des Enfants-Malades, et elle en sort le 12 avril après un séjour de trois semaines. Les renseignements que nous avons pris confirment le diagnostic de rougeole que nous avions présumé d'après le récit de la mère. Cependant, le 17 avril, cinq jours après sa sortie de l'hôpital, l'enfant a du catarrhe oculonasal et se met à tousser. Le 21 avril, elle présente une éruption qui se déroule sous nos yeux et se présente avec tous les caractères de la rougeole. La fièvre monte à 40°₂ les premiers jours de l'éruption et descend à 37 degrés après quelques oscillations le cinquième jour de l'éruption ; desquamation furfuracée, guérison sans incident.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le D^r Comby).

Garçon de 3 ans. — Première éruption de rougeole le 24 novembre. — Deuxième éruption le 22 décembre. — Guérison.

W... Louis, âgé de 3 ans, entre le 25 novembre 1902 au pavillon d'isolement de la rougeole (hôpital des Enfants-Malades). Le 23 il a été pris de coryza, de larmoiement, de toux avec vomissements. Le 24, éruption morbillieuse qui s'accroît le 25 et prend tout son développement le 26. A ce moment, nous voyons l'enfant : il a peu de fièvre, (38°7), il est couvert d'une éruption généralisée, formée d'éléments discrets, séparés par des intervalles de peau saine. Ce sont des macules rouges, veloutées, arrondies ou lenticulaires, qui disparaissent sous la pression.

Cependant en quelques points du corps (dos, membres supérieurs, cou) les taches ne s'effacent pas sous la pression, tatouées qu'elles sont par des points rouges violacés. Il s'agit en effet d'une rougeole ecchymotique.

Langue saburrale, peu d'exanthème buccal, un peu de dyspnée, râles de bronchite à l'auscultation.

28 novembre. — Défervescence (37°4). L'éruption a beau-

coup pâli, sauf au niveau des éléments ecchymotiques qui présentent une coloration rouge brun.

1^{er} décembre. — (37°1). L'éruption a entièrement disparu presque partout. A la région cervicale et aux membres supérieurs, on voit persister des éléments de teinte cuivrée.

5 décembre. — (37°1). Le cou est indemne et les taches ecchymotiques se voient à peine aux membres supérieurs.

L'enfant, guéri de cette première rougeole, reste absolument apyrétique jusqu'au 22 décembre, c'est-à-dire pendant trois semaines. A ce moment, la température s'élève de nouveau (39 degrés) et des éléments typiques de rougeole se montrent d'abord à la face puis aux membres supérieurs et au tronc, enfin aux membres inférieurs. L'éruption de rougeole persiste sans changement notable pendant quatre jours ; mais, cette fois, elle ne s'accompagne pas de taches ecchymotiques.

Voilà donc un cas typique de rougeole que nous avons vu évoluer du commencement à la fin.

OBSERVATION · IV

(Communiquée par M. le Dr Comby).

Garçon de 33 mois. — Première atteinte de rougeole le 25 novembre. — Deuxième éruption le 17 décembre. — Guérison.

E... Henri, âgé de 33 mois, entre au pavillon de la rougeole (Hôpital des Enfants-Malades) le 25 novembre 1902.

Il présente tous les symptômes de la rougeole : fièvre, catarrhe oculo-nasal, exanthème, éruption de taches morbillieuses sur tout le corps.

Le 7 décembre il sort guéri. Le 18 décembre il rentre de nouveau avec une température de 40°5 ; dans la nuit du 16 au 17 une nouvelle éruption s'est montrée à la face puis a gagné le tronc et les membres : taches rouges, veloutées, s'effaçant à la pression. Toux opiniâtre, râles de bronchite, foie gros et douloureux à la pression, langue saburrale. Le 20 décembre, (40°1), voix rauque, respiration pénible. On note une apparence ecchymotique de nombreux éléments morbillieux, notamment à la face, à la poitrine, à l'abdomen, à la région antéro-interne des cuisses, au membre supérieur droit. Partout ailleurs, l'éruption est ordinaire.

Le 22 décembre (39°5) les taches ecchymotiques deviennent d'un rouge brun, ailleurs les macules ont disparu et la desquamation commence.

Le 25 décembre, l'enfant passe à la diphtérie pour soigner la laryngite qui prend l'apparence croupale.

CHAPITRE IV

Discussion.

Les observations précédentes jointes à ce que nous savions déjà sur les rechutes de rougeole par les travaux de Valleix, Van Dieren, Guinon, Achard, Debove nous fournissent nombre de renseignements intéressants.

L'étiologie reste assez obscure. Guinon attribue les rechutes de rougeole à ce fait que les malades n'auraient acquis qu'une immunité faible et peu durable (et c'est ici qu'intervient l'influence toujours si prépondérante du terrain individuel) de sorte que le malade pourrait se réinfecter et subir la rechute.

D'autres pensent qu'il ne se produit pas de nouvelle infection mais que le virus rougeoleux un moment atténué augmenterait de virulence sous l'influence de causes encore inconnues.

Debove et Achard estiment que la rechute survient surtout à la suite des cas légers.

On a vu, par les observations que nous donnons plus haut, des rechutes qui se produisaient sans qu'on puisse véritablement leur donner une cause certaine. Nous avons là une reviviscence de la maladie non encore éteinte qui se manifeste. Sous quelle influence nous l'ignorons ; mais nous ne savons pas davantage la raison d'être de nombre de rechutes de la fièvre typhoïde qui sont si fréquentes et se produisent malgré les plus grandes précautions qu'on ait pu prendre.

Un point intéressant à connaître, c'est la distance qui sépare le rechute de la maladie proprement dite ; combien de temps après la première atteinte peut-on se considérer à l'abri de la rechute ?

Les observations rapportées ci-dessus montrent que les rechutes surviennent dans une période qui varie de cinq jours à trois semaines ou un mois après la fin de la première atteinte, c'est-à-dire après que la convalescence a commencé et s'est manifestée par un abaissement de la température aux environs de 37 degrés pendant au moins deux jours.

C'est ainsi que dans notre première observation le malade a été repris de rougeole cinq jours après qu'il avait quitté le service des contagieux ; le malade de la deuxième observation est repris cinq jours après sa sortie de l'hôpital ; celui de la troisième ne

présente les signes de la rougeole que trois semaines après la terminaison de la première atteinte ; le malade de la quatrième observation sort de l'hôpital le 7 décembre et dix jours après il est forcé d'y rentrer.

Ces rechutes ont eu une durée qui peut être égale à celle de la première atteinte. C'est ainsi que si dans deux cas la rechute a duré quatre jours, dans deux autres elle a duré jusqu'à dix.

Il est intéressant de comparer la rougeole et sa rechute au point de vue de leur forme normale ou anormale, de savoir si à une rougeole normale succède une rechute également normale, si une rougeole anormale entraîne une rechute anormale ou si une rougeole normale peut être suivie d'une rechute anormale et réciproquement.

Nos observations nous montrent que tous les cas peuvent se présenter et dans des proportions à peu près semblables. C'est ainsi que si nous avons vu deux fois une rougeole normale être suivie d'une rechute anormale, nous avons vu une fois une rougeole normale suivie d'une rechute à forme ecchymotique et une fois, au contraire, une rougeole ecchymotique suivie d'une rechute normale.

Le pronostic des rechutes s'est toujours montré bénin, même lorsqu'une forme hémorrhagique pouvait faire craindre une généralisation funeste s'éten-

dant aux fosses nasales, à la vessie, à l'utérus, à l'intestin.

La rougeole d'ailleurs n'est pas dangereuse par elle-même, elle ne l'est que si l'enfant était primitivement infecté ou s'il se trouve dans un milieu infecté. C'est alors que surgissent sur lui les complications de toutes sortes : bronchite capillaire, pneumonie lobulaire, laryngite, tuberculose pulmonaire, entérite, otite, etc. ; mais néanmoins, dans la majorité des cas, la rougeole et ses rechutes sont bénignes.

CHAPITRE V

Conclusions.

La rougeole est une affection où les rechutes ne sont pas rares.

Ces rechutes déjà signalées par Valleix ne doivent pas être confondues avec des éruptions morbilliformes survenant après une première atteinte, ni être prises pour une seconde atteinte suivant une éruption morbilliforme prise à tort pour une rougeole. C'est ce qui rend le diagnostic de rechute particulièrement délicat.

L'étiologie de ces rechutes est controversée et, à dire vrai, inconnue.

Elles surviennent dans une période qui varie de cinq jours à un mois après la première atteinte et peuvent durer aussi longtemps que la maladie elle-même.

Les formes de la rechute sont indépendantes de celles de la première atteinte : celle-ci peut être normale et la rechute aussi, ou bien elle peut être anormale, hémorrhagique et la rechute également ou encore l'une des deux atteintes peut être normale et l'autre anormale.

Le pronostic des rechutes est généralement bénin.

Vu : le Président de la thèse,

HUTINEL

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARBIER (H.). — Manuel de médecine, t. VIII. La rougeole.
Revue des maladies de l'enfance, 1886.
- BARD (L.). — Revue d'hygiène, 1801, p. 394-421.
- CHAUFFARD et LEMOINE. — Bulletin de la Société médicale des
hôpitaux, 28 décembre 1865 et janvier 1896.
- COMBY (J.). — La rougeole. Médecine moderne, 1892, t. VI,
397-400. Société de pédiatrie, juin 1903.
- CATRIN. — Altération de la peau dans la rougeole. Arch. de
méd. expér., mars 1891.
- COYNE. — Thèse de Paris, 1874.
- ESPINE (A. d'). — Art. Rougeole du Dictionnaire de méd. et de
chir. pratiques, t. XXXIV, p. 9.
- GIRODE (J.). — Traité de médecine, Paris 1893, t. II, p. 34.
- GUINON (L.). — Traité de médecine, Paris, 1892.
- GRISOLLE. — Traité de path. int., 3^e éd., Paris, 1879.
- GASSOT. — Gazette des hôp., 1874, p. 896.
- HENRIQUEZ Y CARVÉJAL. — Th. de Paris, 1831.

- JOSIAS. — Bulletin et Mém. de la Soc. méd. des hôp., 1892, 8^e série, t. IX, p. 874-876.
- HÉNOCH (Ed.). — Leçons cliniques sur les mal. des enf. Traduction Hendrix, Paris, 1885.
- LANDOUZY. — Congrès de la tuberc., 1899, p. 195.
- LEUZET (Charles). — Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Janvier 1889.
- LEFLAIRE. — Gazette des hôp., 1831, p. 9-15.
- MARTIN. — Annales de l'Institut Pasteur, 1892, p. 367.
- PRUNAC. — Gazette des hôp., 1875.
- RAYMOND (Paul). — Revue des maladies de l'enfance, 1881, p. 112.
- RENON et FOLLET. — Exanthème scarlatiniforme dans la rougeole. Soc. méd. des hôp., 23 juillet 1838.
- SEVESTRE. — Progr. méd., 1899, t. I, p. 32; Bulletin Soc. méd. hôp., 28 décembre 1890, p. 376-379.
- SANNÉ. — Art. Rougeole du Dict. encycl., 1873.
- VALLEIX. — Guide de médecine pratique, t. V, p. 373. Paris, 1851.
- NOTHNAGEL. — Specielle pathologie und therap. Acute exantheme masern.